N° 12

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

Avec arthropathies et déformations articulaires

CONSÉCUTIVES

CHEZ UN ENFANT DU PREMIER AGE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 25 mars 1904

PAR

M. CASTAGNONI

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER
Imprimerie Grollier, Alfred DUPUY successeur
Boulevard du Peyrou, 7

1904

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻)..... DOYEN.
FORGUE..... ASSESSEUR.

Professeurs

Clinique médicale.....	MM. GRASSET (✻)
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol.....	GRYNFELTT.
— — ch. du cours, M. VALLOIS	
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (✻)
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.....	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS.
Opérations et appareils.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires :
MM. JAUMES, PAULET (O. ✻), E. BERTIN-SANS (✻).

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.....	MM. PUECH, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards...	VIRES, agrégé,
Pathologie externe.....	L. JEANBRAU, agr.
Pathologie générale.....	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. LECERCLE	MM. PUECH	MM. VIRES
BROUSSE	VALLOIS	L. IMBERT
RAUZIER	MOURET	JEANBRAU
MOITESSIER	GALAVIELLE	POUJOL
DE ROUVILLE	RAYMOND	

M. H. IZARD, *Secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. BAUMEL, *président.*	MM. VIRES, *agrégé.*
SARDA, *professeur.*	GALAVIELLE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A la mémoire de mon Père

J.-D. CASTAGNONI

Agent-Voyer d'arrondissement

A ma Mère

A mes Frères et Sœurs

A la mémoire de ma petite Sœur Marie

Meia et Amicia

A mes Maîtres de l'École de Médecine
d'Alger

A mes Chefs de service de l'Hôpital civil
de Constantine

A mes bons amis
les Docteurs H. Nouveau et J.-B. Filippi

A mes Maîtres de la Faculté de Médecine
de Montpellier

A mon Président de thèse
M. le Professeur Baumel

Professeur de Clinique des maladies des enfants
Membre correspondant national de Pédiatrie
Officier de l'Instruction publique

J.-B. CASTAGNONI.

AVANT-PROPOS

Durant la fréquentation de la clinique des Maladies des Enfants, service de M. le professeur Baumel, nous eûmes la bonne fortune d'observer un tout jeune enfant atteint de rhumatisme articulaire aigu avec arthropathies et déformations articulaires consécutives.

Ce cas nous parut assez intéressant par lui-même et assez typique pour fixer notre attention et faire de son étude le sujet de notre thèse inaugurale, d'autant plus que le rhumatisme articulaire aigu, suivi d'arthropathies et de déformations articulaires, est excessivement rare chez le tout jeune enfant, et qu'en outre, cette question est à peine effleurée dans les ouvrages de pathologie infantile.

Nous nous occuperons seulement dans ce travail des enfants du premier âge, c'est-à-dire depuis la naissance jusqu'à deux ans et demi. Après quelques mots d'historique et de bibliographie, nous aborderons la question de la fréquence du rhumatisme articulaire aigu chez le tout jeune enfant; puis nous exposerons l'étiologie, la symptomatologie et la marche de cette affection lorsqu'elle ne s'attaque qu'aux articulations. Nous passerons ensuite aux manifestations extra-articulaires qu'elle peut présenter dans le jeune âge; nous continuerons par le diagnostic, sur lequel nous insiste-

rons d'une façon toute particulière, le pronostic, le traitement sur lequel nous nous appesantirons quelque peu, et nous terminerons par l'exposé de quelques conclusions.

Mais avant d'aborder l'étude de notre sujet, nous avons un devoir bien agréable à remplir : c'est celui de payer un juste tribut d'hommages à nos chers Maîtres de l'École de Médecine d'Alger, où nous avons fait toutes nos études; à nos chefs de service de l'hôpital civil de Constantine (Algérie), MM. les docteurs Leroy, Noël Martin, Morsly, auprès de qui nous avons successivement exercé pendant près de trois ans les fonctions d'interne, et qui furent toujours prêts à nous faire profiter de leur expérience et de leurs judicieux conseils.

Que nos amis et collègues de l'Internat de Constantine, les docteurs Jouane, J. Moreau et Th. Andreu, veuillent bien agréer la nouvelle expression de sympathie que nous leur adressons aujourd'hui.

A nos amis, les docteurs Henri Nouveau et J.-B. Filippi, nous adressons notre souvenir le plus affectueux et nous les prions de croire toujours à notre profonde et sincère amitié.

Nous ne saurions passer sous silence le bienveillant accueil qui nous a été fait à la Faculté de Médecine de Montpellier, où nous avons terminé nos études.

Que M. le Professeur Sarda et M. le Professeur agrégé Vires, qui furent pour nous des conseillers affables, nous permettent de leur adresser ici même l'expression de notre sincère attachement et de notre profonde et sincère reconnaissance.

Nous adressons, en terminant, nos remerciements et l'expression de notre vive sympathie à M. le Professeur agrégé Jeanbrau, à M. le docteur Abadie, ex-chef de clinique chirurgicale à l'Hôpital Suburbain; à M. le docteur Reynès, ex-chef de la clinique d'accouchements, et à M. le docteur Gaillard, ex-chef de clinique des Maladies des Enfants, pour l'intérêt qu'ils ont bien voulu nous témoigner personnellement. Tous nos remerciements à M. le Professeur agrégé

Galavielle d'avoir bien voulu accepter de faire partie de notre jury.

Que M. le Professeur Baumel veuille bien agréer ici l'hommage de notre respectueuse reconnaissance pour nous avoir suggéré l'idée première de cette thèse et pour le grand honneur qu'il nous a fait d'en accepter la présidence.

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

AVEC ARTHROPATHIES ET DÉFORMATIONS ARTICULAIRES CONSÉCUTIVES

CHEZ UN ENFANT DU PREMIER AGE

CHAPITRE I

Historique

La maladie dont nous avons à nous occuper dans notre travail est extrêmement rare chez l'enfant du premier âge. Aussi notre historique serait-il très bref si nous ne considérions que les travaux parus se rapportant uniquement à notre sujet. A notre connaissance il n'a paru jusqu'à présent aucune observation de rhumatisme articulaire aigu avec arthropathies et déformations articulaires consécutives chez les enfants de moins de deux ans. Toutefois nous devons citer M. P. Le Gendre, qui déclare que le début de cette affection peut avoir lieu de très bonne heure et dit l'avoir vu commencer à 18 mois.

Il nous semble cependant intéressant de signaler les principaux travaux parus sur le rhumatisme avec déformations articulaires chez l'enfant, d'une façon générale.

Nous ne nous occuperons pas de l'historique du rhumatisme articulaire aigu chez l'enfant ; cet historique se trouve

en effet dans bon nombre de travaux récents et notamment dans une thèse parue en 1902 dans cette même Faculté ; nous voulons parler de la thèse de M. le Docteur Goudareau.

L'histoire du rhumatisme suivi de déformations articulaires est elle-même de date relativement récente. En l'an VIII, Landré-Beauvais essaie pour la première fois de différencier le rhumatisme chronique de la goutte, en insistant sur l'absence de tophus « dans les cas où la difformité articulaire semblait annoncer leur existence ». Des travaux importants ont paru depuis lors sur ce sujet ; mais nous n'y insisterons pas, nous réservant de parler seulement de ce qui a été fait sur l'enfant.

La première observation qui ait été publiée sur ce sujet est celle de M. Cornil, dans un mémoire sur le rhumatisme chronique en général et communiqué à la Société de Biologie. Ce mémoire concerne une jeune fille chez laquelle le rhumatisme aurait débuté à l'âge de 12 ans.

En 1864, nous trouvons une observation d'un garçon chez qui l'affection débuta à 4 ans.

Cette observation fit l'objet d'une communication à la même Société de Biologie, par M. Laborde. Enfin, à la même époque, parut le travail de Beau.

En 1868 paraissent les Leçons cliniques de Charcot qui prétend que, chez les jeunes sujets, cette maladie revêtirait une marche plus rapide que chez l'adulte.

Dans son important Traité pratique des nouveaux-nés, des enfants à la mamelle et de la seconde enfance, M. Bouchut cite deux observations dans l'une desquelles il est dit que toutes les articulations étaient déformées.

Nous citerons également le mémoire de Stoïcesco, paru trois ans après, et dans lequel se trouve une observation intéressante de rhumatisme avec déformations articulaires chez un enfant de 7 ans.

Blache communique, en 1877, à la Société de thérapeutique une observation concernant un enfant de 2 ans qui aurait été guéri par le massage, les bains et l'électricité.

En 1878, paraît un travail fort important et qui fait époque dans l'histoire du sujet qui nous occupe. C'est celui du professeur Moucorvo, de Rio-de-Janeiro, traduit deux ans après par le Docteur Mauriac, de Bordeaux. Dans ce travail, l'auteur nous donne d'intéressants aperçus sur le rhumatisme aigu chez l'enfant.

En somme, nous voyons que jusqu'à une date assez récente peu de travaux d'ensemble d'une réelle importance avaient paru sur ce sujet. A partir de cette époque, de nombreux auteurs s'occupent de cette maladie. Lacaze-Dori (1882), H. Pélissié (1889), Schmitt (1889), Perret (1891), Diamantberger (1891), en font leur sujet de thèse devant la Faculté de Paris; Gaston Céry, de la Faculté de Nancy, traite le même sujet en 1892. Signalons également la leçon clinique que M. Grancher avait faite en 1887, l'article d'Olinto paru en 1893 dans la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance ;* celui de P. Simon, paru également en 1893 dans la *Revue générale de clinique et de thérapeutique ;* la thèse d'Amelin en 1896 ; enfin l'article de Delcourt (A.), de date toute récente puisqu'il a paru en 1898 dans la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance.*

Nous voyons, d'après ce rapide aperçu historique, que les travaux publiés sur le rhumatisme articulaire aigu avec déformations consécutives dans l'enfance ne sont pas tout à fait rares. Notre travail a néanmoins son importance, car notre observation est peut-être la première relative à un enfant au-dessous de l'âge de deux ans.

CHAPITRE II

Etiologie.

Pour faire une étude méthodique des causes de la maladie qui fait l'objet de notre travail, nous les diviserons en trois catégories, savoir :

1° Causes prédisposantes ;
2° Causes occasionnelles ;
3° Causes déterminantes.

I. Causes prédisposantes : *1° Age.* — L'âge de début est assez variable. Dans la première enfance, le rhumatisme articulaire aigu semble extrêmement rare. Les quelques exemples de rhumatisme articulaire qui ont été signalés chez de très jeunes enfants sont, pour la plupart, contestables et se rapportent plutôt à des arthrites de nature syphilitique ou infectieuse. Tels sont les cas de Wiederhofer, qui dit avoir observé un cas chez un enfant de 23 jours ; de Demme, 9 semaines ; de Stager, 7 mois ; de Hénoch, 10 mois, et de Rehm, 12 mois. Crèvecœur parle d'un enfant né avec des déformations typiques ; ce serait là un cas de rhumatisme intra-utérin !

Diamantberger rapporte un cas de Boisvin dans lequel le début aurait eu lieu à l'âge de 5 mois avec ankyloses et même destruction partielle des articulations des premières

vertèbres cervicales. Mais il est fort probable que c'est là un cas d'arthrite tuberculeuse ayant évolué vers la guérison par un processus fibreux. La forme aiguë avec arthropathies consécutives n'a pas été signalée avant l'âge de deux ans. Nous pouvons donc dire que, jusqu'à notre observation, aucun cas n'a été publié au-dessous de cet âge. A partir de deux ans, on en trouve à toutes les années.

Nous empruntons à la thèse de M. Gaston Céry, de Nancy (1892), le tableau suivant relatif seulement au rhumatisme dans la première enfance :

2 débuts à 2 ans	5 débuts à 4 ans	1 début à 7 ans 1/2
1 — à 2 ans 1/2	1 — à 5 ans	4 — à 8 ans
2 — à 3 ans	1 — à 6 ans	1 — à 8 ans 1/2
1 — à 3 ans 1/2	4 — à 7 ans	

Quant au rhumatisme aigu franc, on n'en connaît que deux cas chez le tout jeune enfant ; ce sont ceux du Dr Pocock et du Dr Schœffer dont nous reproduisons plus loin les observations résumées.

2° *Hérédité.* — L'hérédité semble jouer un grand rôle dans la production du rhumatisme. Besnier, dans son article du *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, lui accorde une grande place ; « ce que l'on pourrait, dit-il, appeler la disposition arthritique dans son idée la plus compréhensive, apparaît ici dans toute son évidence par la multiplicité des formes qui peuvent émaner des ascendants. » Charcot semble y attacher une grande importance dans ses leçons cliniques. Füller a trouvé l'hérédité dans 30 0/0 des cas ; il croit que les enfants des goutteux sont des rhumatisants. Céry a constaté 23 fois la transmission héréditaire directe ; le rhumatisme avait été trouvé tantôt chez les ascendants, tantôt chez les collatéraux.

Piorry nie l'hérédité dans le rhumatisme.

En ce qui concerne notre petit malade, et tout en ne repoussant pas complètement l'hérédité, nous devons à la vérité de dire que nous ne l'avons pas trouvée bien nettement établie et qu'elle ne saurait par conséquent être mise ici au premier rang des causes étiologiques.

3° *Sexe.* — Chez l'adulte, on constate une grande prédominance, dans le sexe féminin. D'après Ciry, cette prédominance serait due à ce que les fonctions physiologiques de l'utérus, aussi bien que les affections dont il peut être le siège, diminueraient considérablement la résistance de la femme adulte vis-à-vis de cette maladie. Cette influence n'existant pas chez l'enfant, il est naturel que l'on ne constate presque pas de différence dans les deux sexes ; c'est ce qui se passe en effet, et c'est ce que nous avons pu constater d'après les observations que nous avons eues sous les yeux.

4° *Fréquence.* — Le rhumatisme est très rare dans la première enfance, et ce n'est guère qu'entre 10 et 15 ans qu'il devient aussi fréquent que chez l'adulte.

5° *Influence climatérique.* — Il semble que le rhumatisme soit plus fréquent dans les climats froids et humides. En Angleterre, par exemple, les cas sont plus nombreux qu'en France. La maladie se rencontre exceptionnellement dans les climats excessifs, tandis qu'elle est fréquente dans les pays tempérés. M. Brassac, médecin en chef de la marine, dit avoir vu assez souvent des cas de rhumatisme chronique chez les enfants aux Indes, à la Nouvelle-Calédonie et aux Antilles, dans les lieux élevés et humides. Il a observé chez un grand nombre des diformations articulaires irrémédiables.

6° *Conditions sociales.* — C'est surtout dans la classe pauvre que l'on observe le rhumatisme dans l'enfance, tant par suite de l'insalubrité des logements que de la mauvaise nourriture produisant à la longue de véritables intoxications lentes, dû à des troubles digestifs.

7° *Tempérament.* — Ainsi que nous l'avons dit à propos de l'hérédité, c'est surtout chez les arthritiques que l'on trouvera le rhumatisme articulaire. Tel malade qui aura des rhumatismes dans son enfance pourra plus tard avoir d'autres manifestations de la diathèse arthritique : migraine, eczéma, goutte etc.

II. Causes occasionnelles : 1° *Froid et humidité.* — C'es l'une des causes principales du rhumatisme. Tantôt il survient lentement parce que le sujet demeure dans une habitation humide, tantôt il débute brusquement à la suite d'un séjour, sous la pluie ou d'une nuit à la belle étoile.

A ce point de vue, le fait suivant mérite d'être relevé : « Une petite fille de 2 mois, bien développée et antérieure-» ment bien portante, dit Joukovsky, mais dont la mère souffre » depuis quelque temps d'attaques rhumatismales, est, à la » suite d'une exposition prolongée au froid humide, prise » subitement de fièvre (39° 6) et de douleurs articulaires au » moindre mouvement spontané ou provoqué ». Ce cas paraît intéressant à cause des éléments étiologiques qui semblent ici bien nets : influence de l'hérédité et froid humide. Quant au diagnostic il ne saurait être mis en doute, d'après l'auteur, car, dit-il, « la bonne santé antérieure, la brusque invasion » de la maladie, la fièvre coïncidant avec de nouvelles » poussées, la polyarthrite et principalement l'efficacité du

» salicylate de soude parlent bien en faveur d'un rhumatisme
» articulaire aigu franc ».

2° *Surmenage.* — Cette cause est rare dans l'enfance ; elle a cependant été signalée, notamment un enfant de 9 ans cité par Marfan, qui eut une attaque de rhumatisme à la suite d'une longue course à bicyclette.

3° *Traumatisme.* — Cette cause a été souvent invoquée ; mais on peut se demander si l'on n'en a pas exagéré l'importance. Il semble que souvent on a dû confondre une arthrite infectieuse fébrile avec une attaque de rhumatisme. Néanmoins, il y a des cas indiscutables dans lesquels la maladie ayant débuté par l'articulation traumatisée s'est ensuite généralisée, avec toutefois prédominance du côté du traumatisme.

III. Cause déterminante. — Bien que le rhumatisme évolue à la façon d'une maladie infectieuse, le microbe qui le détermine n'est pas encore connu malgré les nombreuses recherches dont il a été l'objet.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique

Les autopsies de jeunes malades atteints de rhumatisme articulaire aigu étant extrêmement rares, on comprendra que notre chapitre d'anatomie pathologique soit assez incomplet. Nous étudierons successivement les lésions du rhumatisme articulaire aigu et celle du rhumatisme déformant.

I. Lésions du rhumatisme aigu. — Nous avons à étudier dans ce paragraphe :

1° Les lésions de la synoviale ; 2° celles du cartilage ; 3° l'épanchement.

1° Synoviale. — *a*) Lésions macroscopiques : La synoviale est rouge, injectée, fortement vascularisée. Les franges synoviales sont gonflées et très hyperhémiées.

b) Lésions microscopiques : Au microscope on voit que les cellules prennent une forme arrondie et se multiplient très rapidement. D'après Cornil et Ranvier les noyaux deviendraient vésiculeux, puis se diviseraient ; à côté d'eux on voit un ou plusieurs nucléoles brillants. En outre, on rencontre souvent des granulations adipeuses. Telles sont les lésions du début ; plus tard les tissus finissent par présenter tous les caracteres de l'inflammation.

2° *Cartilage.* — La surface du cartilage n'est pas toujours atteinte, mais elle l'est le plus souvent.

a) Lésions macroscopiques : Elles sont en général très difficiles à apprécier. Parfois dans les cas intenses, la surface cartilagineuse paraît légèrement dépolie. Quand les lésions sont plus avancées le tissu cartilagineux présente des fissures ; quelquefois on y voit même de vraies fentes et dans certains cas on a trouvé des lambeaux de cartilage en lames très minces n'adhérant plus que par une de leurs extrémités à la surface articulaire.

b) Lésions microscopiques : Au début les lésions sont tout à fait superficielles. On voit les cellules cartilagineuses augmenter de volume, s'hypertrophier, le noyau se gonfler, s'arrondir et finalement se segmenter en même temps que le protoplasma ; si bien que les capsules, qui à l'état normal ne contiennent qu'une seule cellule, finissent par en contenir plusieurs.

Le processus pathologique continuant à évoluer, les cellules profondes se prennent à leur tour ; elles s'allongent et forment des espèces de cylindres perpendiculaires à la surface cartilagineuse. En même temps on peut constater une atteinte de la substance fondamentale qui se segmente dans le même sens que la capsule primitive ; de là viennent les fentes cartilagineuses dont nous avons parlé plus haut. Rarement les lésions atteignent un degré aussi prononcé ; le plus souvent on ne constate que de légères modifications superficielles de la surface cartilagineuse de l'articulation malade.

3° *Epanchement.* — Le liquide que l'on trouve dans les articulations touchées par l'affection rhumastimale ressemble beaucoup au liquide synovial normal ; il est cependant, paraît il, plus fluide. La quantité de liquide épanché est

ordinairement très petite ; toutefois, dans les grandes articulations, on a pu retirer jusqu'à 50 et 60 grammes de liquide, d'après Vidal. Cet auteur dit que très souvent ce liquide intra-articulaire contient des flocons muqueux ou pseudo-membraneux qui ont pu être comparés à des crachats ; ils sont, en effet, formés de fibrine et de mucine et présentent une coloration plus ou moins jaunâtre. Cet exsudat est coagulable par la chaleur et l'acide acétique comme l'albumine ordinaire.

II. Lésions du rhumatisme déformant. — Il n'existe, à notre connaissance, aucune autopsie d'enfant atteint de rhumatisme déformant. Aussi devons-nous, comme Diamantberger, nous contenter de décrire les lésions telles qu'on les a constatées chez l'adulte et le vieillard atteints de rhumatisme remontant à l'enfance.

Nous pouvons le faire d'autant mieux qu'il semble que, cliniquement du moins, l'âge n'apporte aucune modification aux lésions de ce rhumatisme. « Sauf peut-être des retards dans la soudure épiphysaire ou dans l'apparition spéciale des points d'ossification, l'examen anatomo-pathologique ne révèle point de caractères propres à l'évolution noueuse dans l'enfance. »

Après avoir généralement débuté par des modifications tout à fait superficielles, semblables à celles du rhumatisme articulaire aigu, constituées par l'hyperplasie congestive des cartilages diarthrodiaux et de la synoviale, ce processus hyperplasique s'accentue sous des causes multiples.

Les diverses parties articulaires et périarticulaires (cartilage, synoviale, périoste, os, ligaments et muscles) sont atteints successivement et arrivent à la production morbide complète qui constitue l'arthrite rhumatismale chronique déformante ou noueuse, dite encore proliférante. « Ces

arthrites sont essentiellement caractérisées par un état villeux des cartilages, par une hypertrophie des franges synoviales et par des ecchondroses ou des ostéophytes au pourtour du revêtement cartilagineux. » (Cornil). — Ces lésions sont plus ou moins prononcées suivant les articulations malades et suivant la période de la maladie.

Peu appréciables chez l'adulte et le vieillard, les épanchechements synoviaux précèdent et accompagnent fréquemment l'évolution de la maladie chez l'enfant et ces hydarthroses constituent même une des principales causes des déviations et des luxations.

En même temps que ces altérations intra-articulaires, il se produit autour des articulations malades un travail d'abord hyperplasique suivi bientôt de sclérose atrophique. Tout le système fibreux périarticulaire, ligaments et capsules extra-articulaires, s'altère, se sclérose et se rétracte au point de provoquer des déviations et des luxations souvent immuables. Les muscles eux-mêmes finissent par participer à ce processus athrophique, mais sans dégénération proprement dite, d'après M. le professeur Debove.

CHAPITRE IV

Symptomatologie

Bien que dans son allure générale le rhumatisme articulaire chez l'enfant se rapproche de celui de l'adulte, il y a néanmoins des différences assez importantes. Nous étudierons successivement dans le rhumatisme infantile : 1° les manifestations articulaires : 2° les manifestations viscérales et les complications.

1° *Manifestations articulaires.* — *a)* Période de début : « Le génie de la maladie est essentiellement chronique, dit » Guéneau de Mussy ; la diathèse dont elle est l'expression » y présente une activité continue qui s'apaise incomplètement » sans s'arrêter, s'affaiblit sans s'épuiser ; l'évolution des » phénomènes morbides revêtant l'apparence de l'acuité plu- » tôt subaiguë que franchement aiguë. » Le rhumatisme chez l'enfant peut débuter, en effet, par des signes qui rappellent la forme aiguë, mais c'est la marche la plus rare ; généralement le début est lent et insidieux. Les articulations sont d'abord le siège de douleurs légères, fugaces, ne survenant en général que pendant la marche ou à la suite d'un effort et ne rendant pas les mouvements impossibles. Ces douleurs, au début, sont même si peu intenses qu'elles attirent à peine l'attention de l'enfant. Puis elles se localisent dans une ou

plusieurs articulations avec enflure et impotence fonctionnelle plus ou moins marquée. A ces douleurs articulaires s'ajoutent parfois des douleurs musculaires vagues, des crampes dans les mollets, des élancements douloureux dans les membres très variables comme durée et comme intensité. Dans certains cas le début de la maladie est tout autre ; le petit malade a un léger mouvement fébrile ou même une fièvre légère avec un peu de céphalalgie et une langue saburrale. Parfois même il y a de l'angine qui peut induire en erreur et faire croire à un début de scarlatine.

b) Période d'état : Quel qu'ait été son mode de début, la maladie une fois installée présente des symptômes comparables à ceux du rhumatisme chez l'adulte, mais en général avec une moindre intensité. Le plus souvent les douleurs articulaires sont tolérables et il y a des cas, assez nombreux, où le petit malade ne manifeste même pas cette douleur par des cris.

Quand le gonflement apparaît, il est rarement accompagné des signes indiqués chez l'adulte ; la peau n'est pas chaude et la coloration rosée fait ici défaut ; elle est plutôt décolorée ; on la trouve parfois humide, recouverte d'une sueur visqueuse. Dans quelques cas la peau est amincie au niveau des jointures malades ; mais jamais on n'a trouvé chez l'enfant cette desquamation de l'épiderme citée chez les vieux rhumatisants.

Le gonflement articulaire est constitué par l'hydarthrose qui est en général beaucoup plus considérable que chez l'adulte. Parfois, quand l'épanchement articulaire a disparu, le gonflement persiste cependant ; mais alors il est dû à l'épaississement des épiphyses. A partir de ce moment on peut avoir des déformations caractéristiques et irrémédiables.

Dans les jointures atteintes on perçoit quelquefois des craquements, mais ce ne sont pas ces craquements secs qu'on

trouve chez le vieillard et qui sont dûs à l'usure des cartilages ; ce sont plutôt de simples frottements articulaires dûs à une synoviale épaissie, villeuse, rugueuse et sèche. Il faut dire que le plus souvent les gaînes tendineuses périarticulaires sont plus atteintes que les articulations elles-mêmes.

Les mouvements sont évidemment restreints, mais non complètement entravés. Actif ou passif, le moindre mouvement provoque de vives douleurs dans l'articulation malade ; parfois même la plus légère pression suffit à réveiller ces douleurs.

L'atrophie musculaire existe presque d'une façon constante, sans être cependant toujours bien marquée ; elle est symétrique comme les lésions articulaires.

Un fait important est que le rhumatisme atteint rarement plusieurs articulations à la fois chez l'enfant ; le plus souvent il est limité à une ou deux jointures.

Si nous considérons maintenant la température, nous voyons que la fièvre est généralement peu intense dans les accès et de très courte durée, nulle dans l'intervalle ; elle ne se montre d'ordinaire que les premiers jours.

On a noté dans certains cas une grande abondance de phosphates et d'urates dans les urines ; souvent aussi il y a polyurie abondante.

La durée totale de la maladie est moins longue que chez l'adulte ; en général 8 à 10 jours, rarement plus de 15.

Souvent on observe que les enfants atteints sont peu vigoureux et amaigris ; mais d'ordinaire cet état a précédé la maladie et très probablement favorisé son apparition.

Bien que nous voyions la fluxion se porter de préférence sur les grandes articulations, coude, genou, etc., les petites se trouvent également prises, plus souvent même que chez l'adulte ; les articulations des doigts et des orteils sont généralement atteintes.

Enfin le rhumatisme chez l'enfant présente quelquefois une localisation qui est tout à fait exceptionnelle chez l'adulte ; nous voulons parler des articulations des vertèbres cervicales. Dans ce cas, le petit malade éprouve une vive douleur au niveau du cou, la tête est complètement immobilisée et, n'étaient les commémoratifs d'une fluxion articulaire antérieure, on pourrait croire à de la méningite cérébro-spinale.

Un autre symptôme très important à signaler dans le rhumatisme infantile est constitué par les convulsions que peut présenter le jeune malade. Elle se montrent tantôt au début, tantôt à la période d'état, et le plus souvent dans les formes graves et fébriles. Nous devons dire qu'heureusement ce symptôme est fort rare et le petit malade qui fait l'objet de notre observation ne l'a pas présenté.

Un dernier phénomène qui est presque spécial au rhumatisme de l'enfant sont les nodosités dures qui apparaissent au niveau des gaînes tendineuses, surtout au niveau des points où la peau n'est séparée des os que par une mince lame de tissu fibreux, comme à la rotule. Ces nodosités sont ordinairement indolentes. Elles ont été signalées pour la première fois par Meynet, dans le *Lyon Médical* du 5 décembre 1875, étudiées ensuite par Mayer et Drewit. Elles n'adhèrent pas à la peau, mais semblent tenir par un pédicule aux gaînes tendineuses sous-jacentes ; de plus elles sont assez fugaces et disparaissent même complètement.

II. Lésions viscérales et complications. — Moncorvo et Diamantberger affirment que les complications ne sont pas rares dans le rhumatisme ; Lacaze-Dori et Garrod, soutiennent au contraire qu'elles ne sont pas fréquentes et même qu'elles n'existent pas. Mais les affirmations de ces différents auteurs se rapportent à des malades adultes et ce n'est que

par analogie qu'ils admettent ou nient des complications chez l'enfant.

Les complications cardiaques, quoique rares, n'en existent pas moins chez l'enfant dans le cours du rhumatisme. L'endocardite et la péricardite offrent chez l'enfant des particularités dignes d'être relevées. Le rhumatisme, même très léger, frappe souvent les séreuses cardiaques ; « on voit éclater une endocardite ou une péricardite à la suite de quelques douleurs dans les jointures, douleurs qui sont parfois si légères, dit Marfan, que l'enfant n'y prête aucune attention ; quelquefois même les déterminations cardiaques du rhumatisme peuvent précéder les fluxions articulaires ».

Habituellement, l'endocardite et la péricardite apparaissent dans les deux derniers jours de la première semaine ou dans les deux premiers jours de la seconde semaine.

Ordinairement, les signes des lésions des séreuses cardiaques sont éphémères ; il n'y a qu'une ébauche d'endocardite, le péricarde est à peine effleuré et tout se termine par la restitution *ad integrum*.

Le rhumatisme peut quelquefois provoquer de la myocardite.

Les symptômes de l'endocardite et de la péricardite rhumatismales ne présentent rien de particulier à noter chez l'enfant. La maladie débute souvent d'une façon latente, insidieuse ; aussi peut-elle passer inaperçue si l'on n'a pas soin d'ausculter systématiquement le cœur de l'enfant dès que la moindre manifestation apparaît du côté des jointures.

Les affections rhumatismales du cœur et de la plèvre en particulier doivent être considérées, au point de vue nosologique, bien plutôt comme une extension de la maladie à une nouvelle séreuse que comme un fait étranger à sa marche régulière ; aussi, Bouillaud a-t-il pu dire : « Chez les jeunes sujets le cœur se comporte comme une articulation ».

La pleurésie est signalée par tous les auteurs comme une des complications du rhumatisme et M. Roger la déclare fréquente dans le rhumatisme infantile ; il est même disposé à l'y croire plus commune que chez l'adulte.

Nous n'avons rien de particulier à dire sur les symptômes de la pleurésie rhumatismale chez les enfants ; sa marche peut être très rapide.

On a signalé aussi une pneumonie rhumatismale et de l'œdème pulmonaire dû au rhumatisme.

Non seulement le cœur et la plèvre peuvent être touchés au cours du rhumatisme chez les jeunes enfants, mais le système nerveux n'est guère plus à l'abri, chez eux que chez l'adulte, des atteintes de la diathèse ; fréquemment, en effet, il devient le siège de manifestations rhumatismales dans le jeune âge. On observe alors des complications cérébrales et spinales analogues à celles décrites chez les adultes. La forme la plus commune du rhumatisme nerveux chez l'enfant c'est la chorée. Cette complication, admise surtout par G. Sée, peut apparaître au cours de l'attaque articulaire, mais le plus souvent elle apparaît à son déclin, alors que les arthropathies semblent complètement guéries.

Terminaison. — La terminaison régulière du rhumatisme lorsqu'il reste cantonné dans les articulations, c'est la guérison ; la mort est presque toujours le fait d'une complication ; mais l'enfant pour être guéri n'en est pas moins exposé à une récidive de la maladie.

CHAPITRE V

Diagnostic.

Le diagnostic de l'affection qui nous occupe est, dans des cas relativement nombreux, assez difficile. Aussi tâcherons-nous de traiter cette partie de notre sujet avec le plus de clarté et de méthode possible. Nous étudierons successivement le diagnostic : 1° à la période aiguë; 2° à la période des déformations.

1° *A la période aiguë.* — Quoique plus simple à cette période qu'à la seconde, ce diagnostic ne sera pas sans présenter parfois de sérieuses difficultés. En effet, ainsi que nous l'avons fait remarquer dans la symptomatologie, la polyarthrite est tellement fugace, la fièvre si légère et de si courte durée, les douleurs si peu intenses, que l'enfant n'attire pas l'attention sur la partie malade. Aussi la maladie ne sera-t-elle quelquefois découverte que lorsque l'on constatera une endocardite. Et c'est en recherchant dans les commémoratifs que l'on apprendra que l'enfant a eu antérieurement du malaise et de légères douleurs dans les articulations.

D'autres fois, le rhumatisme débute par un état fébrile qui peut se prolonger un jour ou deux avant l'apparition des symptômes caractéristiques. On pourrait alors penser à

quelque autre affection aiguë, fièvre typhoïde, ou pneumonie; mais le doute disparaîtra rapidement dès qu'apparaîtront les douleurs articulaires et, quelquefois, les signes d'une affection cardiaque.

On pourra confondre le rhumatisme articulaire aigu avec une arthrite blennhorragique. Mais, parmi les commémoratifs, nous trouverons de l'ophtalmie purulente ou de la vulvite gonococcique qui, nous le savons, se rencontrent assez fréquemment chez le nouveau-né. De plus, l'arthrite gonococcique est beaucoup moins fugace.

Le rhumatisme scarlatin peut également prêter à confusion avec le rhumatisme simple. Mais, ici encore, les antécédents personnels du petit malade nous seront d'un grand secours pour trancher le diagnostic.

Le purpura rhumatoïde s'en distinguera assez facilement par les troubles gastro-intestinaux et les pétéchies.

Les douleurs de croissance peuvent quelquefois donner lieu à une fausse interprétation et faire croire à du rhumatisme articulaire. Mais ne savons-nous pas que ces douleurs se montrent habituellement lorsque la taille de l'enfant s'est accrue très rapidement. De plus, le point maximum de la douleur n'est pas précisément articulaire, mais juxta-épiphysaire ; elle siège en effet au-dessus des condyles du fémur et au-dessous des condyles du tibia.

Quant à l'ostéomyélite, elle s'en distinguera par l'intensité de la fièvre dès le début, la violence de la douleur en un point très limité du squelette, au niveau du cartilage juxta-épiphysaire.

2° *A la période des déformations.* — La polyarthrite déformante, arrivée à sa période d'état, n'offre pas en général de bien grandes difficultés de diagnostic. Ce qu'il importe surtout de savoir, ce sont les caractères spéciaux qui distinguent le rhumatisme déformant d'une série d'arthropathies de natures

diverses et dont l'aspect clinique pourrait facilement induire en erreur.

Il est tout d'abord une maladie constitutionnelle ayant beaucoup les allures du rhumatisme chronique et avec laquelle le diagnostic est parfois embarrassant, sinon impossible ; c'est la goutte et ses manifestations arthropathiques.

La goutte, en effet, existe chez l'enfant aussi bien que chez l'adulte. Garrod en a signalé un cas ayant débuté à l'âge de 9 ans. Mais nous avons comme signes différentiels : la présence d'acide urique dans le sang et les sérosités ; l'hérédité très fréquente ; l'étiologie qui révèle toujours des conditions hygiéniques opposées à celles du rhumatisme chronique, de la « goutte du pauvre » comme l'appelle Landré-Beauvais ; la présence des concrétions tophacées avec leur mobilité complète et leur siège particulier dans l'épaisseur de la peau des mains, sans aucun ordre symétrique. La difficulté devient surtout grande lorsque, suivant la judicieuse remarque de M. Besnier, la goutte est sans tophus ou le rhumatisme sans ostéophytes. Dans ce cas le début par l'articulation du gros orteil, le caractère spécial des accès aigus et périodiques, enfin l'âge même de l'enfant, chez qui nous voyons se développer assez souvent le rhumatisme mais très rarement la goutte, nous aideront à fixer notre diagnostic. Enfin nous dirons avec M. Bouchut que tout à fait au début le diagnostic différentiel entre ces deux affections est presque impossible.

M. Roger signale le rachitisme comme une des affections de l'enfance pouvant facilement être prises pour du rhumatisme. Le rachitisme chez les très jeunes sujets se présente en effet quelquefois avec des symptômes inflammatoires, de la fièvre, de la douleur et du gonflement des os, surtout au voisinage des articulations des membres. C'est même ce qui s'est passé chez notre petit malade. Mais dans le cas de

rachitisme on constate des déformations caractéristiques des os et surtout du thorax ; de plus on n'observe généralement pas de phase aiguë. La difficulté serait cependant presque insurmotauble dans le cas où les deux affections coexisteraient.

On pourrait encore confondre le rhumatisme déformant avec une tumeur blanche. Cette erreur est même signalée dans plusieurs observations.

Mais dans ce cas l'affection est ordinairement monoarticulaire et a débuté d'une façon bien plus insidieuse encore que le rhumatisme. Les antécédents du petit malade, au lieu d'être ceux de la diathèse arthritique, seront plutôt le lymphatisme et la scrofule. La longue durée de la maladie, sa résistance au traitement, la formation d'une collection purulente viendront redresser le diagnostic. Enfin par l'examen approfondi du malade on pourra trouver des lésions tuberculeuses dans d'autres organes, notamment dans les poumons.

Mais avant d'en arriver à la période d'état, à la période de tumeur blanche confirmée, la tuberculose articulaire peut présenter à ses débuts des symptômes propres à induire facilement en erreur le praticien non prévenu. Si bien que M. Poncet a cru devoir en faire une entité morbide distincte à laquelle il a donné le nom de *rhumatisme tuberculeux*.

Ce rhumatisme tuberculeux qui peut être articulaire ou abarticulaire, primitif ou secondaire, revêt en effet une telle apparence de similitude avec le rhumatisme articulaire aiguë franc que la confusion est, je ne dirai pas seulement possible, mais même fatale. Se manifestant par des arthrites aiguës ou subaigües, souvent polyarticulaires, localisées surtout aux grandes articulations, hanche, genou, coude etc ; il peut se montrer à plusieurs reprises, séparées par des périodes de calme, tout comme le rhumatisme vrai, disparaitre quelques jours ou persister durant des semaines avec des rémis-

sions et des exacerbations ; tantôt il évolue de jointure en jointure, tantôt il affecte une allure traînante et récidivante, passe même à l'état chronique, revêtant alors un des types du syndrome rhumatisme chronique.

Les lésions du rhumatisme tuberculeux se révèlent par des fluxions, par des accidents congestifs allant de l'hyperhémie passagère, sèche ou exudative, à l'inflammation franche, aiguë ou chronique sans produits spécifiques. Cette tuberculose trop peu virulente pour déterminer les désordres de la tuberculose classique se voit à tout âge, chez l'adulte et le vieillard comme chez l'enfant. Revêtant parfois la forme d'arthralgie simple, elle se manifeste alors par des douleurs vagues, spontanées ou provoquées, plus ou moins localisées aux articulations ou s'étendant dans la continuité des membres, plutôt sourdes, imprécises qu'aiguës ou violentes (Weill). Comme on le voit il s'agit là de lésions purement inflammatoires, à un moment donné tout au moins, et qui ne se distinguent pas de celles engendrées par d'autres infections. Il s'agit donc, non pas de rhumatisme à proprement parler, mais de pseudo-rhumatisme infectieux.

Le diagnostic de rhumatisme tuberculeux ne pourra donc se poser que d'après des éléments cliniques (antécédents personnels ou héréditaires du malade au point de vue tuberculose), et des constatations expérimentales (inoculation au cobaye).

Certaines formes d'arthropathies syphilitiques peuvent également donner lieu à des erreurs. Leur description répond en effet absolument à celle du rhumatisme. Mais les antécédents s écifiques, soit du côté du père, soit du côté de la mère, les douleurs ostéocopes surtout nocturnes, enfin les divers autres stigmates de spécificité que l'on pourra trouver sur l'enfant faciliteront puissamment notre diagnostic que le traitement d'épreuve viendra trancher d'une façon définitive.

Une nouvelle cause d'erreur sera fournie par certaines lésions des centres nerveux capables d'amener des contractures. Parmi elles nous pouvons citer la sclérose cérébrale infantile ; mais dans ce cas nous aurons généralement des lésions unilatérales, un arrêt de développement intellectuel.

Nous pourrons aussi trouver du côté du crâne des stigmates, des déformations qui nous permettront d'établir notre diagnostic. Disons néanmoins que ce diagnostic sera souvent très difficile sinon impossible.

Une confusion possible, d'après M. Roger, est celle d'un rhumatisme vertébral avec la méningite spinale et la pachyméningite. Le renversement de la tête en arrière, la raideur du tronc, qui s'observent quelquefois lorsque les vertèbres cervicales sont envahies par le rhumatisme, sont également les signes de l'inflammation des méninges. Mais nous avons, dans ce dernier cas, affaire à une affection à peu près fatalement progressive. On observe, en outre, des contractures plutôt que de véritables déformations articulaires. Enfin on pourra constater, dans la sensibilité et la motilité des membres ou dans la contractilité des pupilles, des phénomènes qui n'appartiennent nullement au rhumatisme vertébral.

Le myxœdème et l'acromégalie ont été également signalés comme pouvant donner lieu à une erreur d'interprétation avec le rhumatisme chronique déformant. Ces deux affections présentent cependant par elles-mêmes un tableau clinique qui permet assez facilement de les éliminer.

CHAPITRE VI

Pronostic

D'une façon générale le pronostic du rhumatisme est moins grave pour l'enfant que pour l'adulte. Il ne compromet jamais la vie puisque aucun auteur ne rapporte de cas de mort survenue chez un enfant dans le cours d'un rhumatisme même chronique. Pour le rhumatisme aigu, nous l'avons vu, l'affection est généralement fugace et légère. D'ailleurs on peut dire que, à n'importe quelle époque de la maladie, l'enfant est apte à s'améliorer soit au point de vue général, soit même en ce qui concerne les déformations les plus accusées.

Le pronostic est surtout lié à l'existence des complications cardiaques.

Bien que la polyarthrite ait été légère, le rhumatisme n'en laisse pas moins une empreinte profonde sur l'organisme infantile. En effet, il n'est pas rare de voir les enfants, après une première atteinte, rester fatigués, très pâles et garder pendant longtemps une teinte anémique. De plus, il restent exposés à des rechutes et à des récidives pouvant occasionner plus tard des complications viscérales.

CHAPITRE VII

Traitement

Chez l'adulte nous possédons contre le rhumatisme articulaire aigu un médicament qui parvient habituellement à juguler les attaques de la maladie ou tout au moins en atténuer considérablement la gravité ; c'est le salicylate de soude. Mais dans la forme chronique, une fois que les déformations caractéristiques se sont produites, le mal est à peu près irrémédiable, quelle que soit la thérapeutique employée.

Il n'en est pas de même chez l'enfant. A cet âge, la souplesse des ligaments permet la guérison de lésions même assez graves lorsqu'on leur applique un traitement convenable. On voit par là que ce traitement a une grande importance.

Aussi allons-nous tâcher de l'exposer le plus nettement possible.

Nous considèrerons d'abord très brièvement le traitement de la polyarthrite rhumatismale aiguë ; nous insisterons ensuite d'une façon toute particulière sur le traitement des déformations articulaires.

1° Rhumathisme aigu. — Le traitement du rhumatisme articulaire aigu sera prophylactique et curatif.

a) Traitement prophylactique : Lorsque l'on aura affaire

à un jeune sujet de souche arthritique, on évitera chez lui les deux grands facteurs du rhumatisme, le froid et surtout l'humidité.

b) Traitement curatif : Dans ce cas le traitement sera diététique et médicamenteux. Comme régime dans la période fébrile on prescrira le régime lacté et l'on n'abordera l'alimentation que progressivement.

Le traitement médicamenteux sera général et local. On prescrira du salicylate de soude à doses variables suivant l'âge de l'enfant et des adjuvants parmi lesquels l'huile de foie de morue tient la première place.

Localement on aura recours aux enveloppements ouatés et aux badigeonnages de salicylate de méthyle au niveau des articulations malades.

Pour calmer la douleur, Marfan conseille les applications de baume tranquille. J. Simon emploie le liniment suivant :

Extrait de belladone	2 gr.
Huile de jusquiame.	15 gr.
Huile de camomille	30 gr.

Enduire les articulations douloureuses avec la main, très doucement et sans violence, puis les entourer d'ouate et de taffetas ciré pour assurer une chaleur constante. Cette préparation a l'avantage, paraît-il, d'activer la circulation locale et de combattre les dépôts qui peuvent se former dans l'articulation malade.

Gaston Lyon prescrit :

Laudanum	ãã 50 gr.
Chloroforme	
Huile de jusquiame. .	
Baume tranquille . . .	

Enduire les articulations douloureuses et les envelopper d'ouate que l'on recouvrira de taffetas imperméable.

Pour notre petit malade nous avons eu recours simplement à l'huile de camomille camphrée avec enveloppement ouaté.

2° *Traitement des déformations articulaires.* — Ce traitement sera comme le précédent prophylactique et curatif.

a) La meilleure prophylaxie sera de traiter convenablement la polyarthrite aiguë qui précède d'ordinaire les manifestations du rhumatisme chronique. Il faudra donc soustraire l'enfant aux causes qui ont provoqué ses douleurs en le faisant changer de climat, d'habitation ou de manière de vivre. Malheureusement la condition sociale des malades y met souvent obstacle. De plus il faudra, selon le conseil de Garrod, exciter les fonctions motrices, relever les forces du petit malade anémié, faire du massage et de la mobilisation aussitôt que la phase aiguë aura disparu.

b) Le traitement curatif sera également général et local comme dans le rhumatisme aigu. Comme traitement général on prescrira de préférence les iodés. On a employé tour à tour l'iodure de potassium et la teinture d'iode prise à petites doses à l'intérieur. On a également préconisé l'huile de foie de morue ; ce médicament compte, en effet, un certain nombre de succès à son actif.

Ces divers remèdes semblent agir non pas en s'attaquant à la diathèse rhumatismale elle-même, mais en modifiant la constitution du malade.

L'arsenic a été également employé, surtout en Angleterre, mais sans grand succès.

Le professeur Germain Sée a recommandé l'acide salicylique. Il semble, en effet, résulter aussi bien des faits cliniques rapportés par divers auteurs, tels que Bouchard, Guéneau de Mussy, etc., ainsi que des expériences physiologiques de M. Laborde, que ce médicament aurait une réelle efficacité dans le rhumatisme infantile.

On a aussi employé l'antipyrine ; mais ce médicament a le grand inconvénient d'être mal toléré par le tube digestif des petits malades.

Traitement local. — Les deux moyens qui ont été mis en usage localement dans cette affection, sont l'électricité et le massage. L'électricité a été employée avec beaucoup de succès dans de nombreux cas rapportés dans la thèse de Diamantberger. Ce dernier recommande surtout les courants galvaniques qui devront être employés tous les jours pendant le premier mois.

Le massage pratiqué avec prudence et la mobilisation précoce sont également très recommandables.

Le moyen le plus efficace nous paraît être le redressement des articulations atteintes, redressement qui ne doit pas être brusque, mais au contraire *lent* et *progressif*. Ce moyen combiné avec les deux précédents, massage méthodique et mobilisation précoce, par séance répétées deux fois par jour, nous ont donné d'excellents résultats.

Une fois le redressement complet obtenu, on pourra le maintenir à l'aide d'un appareil.

Enfin l'on pourra conseiller, en outre, un séjour dans une station thermale, telle que Bourbonne-les-Bains ou Saliès-de-Béarn, dans les Basses-Pyrénées, Aix-les-Bains, etc.

OBSERVATION I

(Résumée)

Rhumatisme articulaire aigu franc. (*Docteur Pocock*, in Traité des Maladies des Enfants, *par MM. Marfan, Grancher et Comby*).

Une femme enceinte de 8 mois fut prise de rhumatisme articulaire aigu et traitée dès le troisième jour par le salicylate de soude. Trente heures environ après le début du traitement, les douleurs avaient disparu et l'accouchement se produisit ; mais le rhumatisme reprit son cours et ne se termina qu'au bout de cinq semaines. Quant à l'enfant, moins de 12 heures après sa naissance, il était en proie à une fièvre vive et présentait un gonflement douloureux avec une vive rougeur au niveau de l'épaule et du coude droits. Persuadé qu'il avait affaire à un rhumatisme congénital, le docteur Pocock prescrivit le salicylate de soude au nouveau né à la dose de 0 gr. 25 cgr. toutes les deux heures pour la première journée, en espaçant ensuite progressivement les prises. La médication fut strictement exécutée et, au bout de vingt-quatre heures, la température était tombée de 40 degrés à 38°5 et le pouls de 170 à 140, en même temps que les douleurs avaient beaucoup diminué. Le traitement fut continué pendant huit jours sans occasionner le moindre accident et avec un plein succès. Trois semaines après, l'enfant élevé au biberon était bien portant. Il n'y a jamais eu aucun bruit anormal au cœur.

OBSERVATION II

(Résumée)

Rhumatisme articulaire aigu franc (Docteur Schœffer in Traité des Maladies des Enfants, *par MM. Marfan, Grancher et Comby).*

Une femme de 35 ans, au dernier terme de sa cinquième grossesse est prise le 1er mai d'un rhumatisme articulaire aigu sérieux. Elle accouche le 5 mai d'un enfant bien portant.

Le 8 mai, celui-ci est pris de fièvre 38°7 et présente de la tuméfaction sur les faces dorsales des deux pieds. Appétit médiocre.

Le 9 mai, la tuméfaction dorsale du pied est plus intense ; en outre, les articulations phalangiennes de l'indicateur gauche sont le siege d'une rougeur vive et d'un gonflement notable ; les mouvements de l'articulation coxo-fémurale provoquent des cris.

Le 10 mai, rougeur, gonflement et douleur se sont généralisés aux articulations des mains, ainsi qu'aux deux articulations coxo-fémorales ; T : 39°3. Pas de souffle au cœur.

L'action du salicylate de soude donné dès le début à la dose de 0 gr. 25 par jour, fut nulle ; on en cessa l'usage en raison des troubles digestifs.

Ce n'est que vers la fin du mois de mai que l'état général de l'enfant s'améliora. Les douleurs et la gêne des mouvements actifs persistèrent jusque vers la fin du mois de juin.

La mère guérit sans complications, mais aussi lentement.

OBSERVATION III

Personnelle

(Prise à la Clinique des maladies des enfants, service de M. le Pr Beaumel).

Arthropathies et déformations articulaires consécutives à du rhumatisme aigu chez un enfant du premier âge.

Léonce Fr..., de Mourèze, près Clermont-l'Hérault, âgé de 21 mois, est admis le 6 juillet 1903 à l'Hôpital Suburbain, dans la clinique des maladies des enfants, service de M. le professeur Baumel ; il occupe le n° 1 de la crèche. Cet enfant, malade depuis bientôt un an, est faible et amaigri. « Il ne peut pas se tenir sur ses jambes », dit la mère, qui l'accompagne.

Voici les renseignements que nous avons pu recueillir auprès de la mère de notre petit malade. Le début de la maladie remonte à 9 mois ; l'enfant avait par conséquent à peine un an. A ce moment la mère s'aperçoit que brusquement, sans cause appréciable, sans qu'il ait subi aucun traumatisme, l'enfant qui commençait à marcher laisse *traîner* sa jambe gauche. *Il paraissait souffrir beaucoup de cette jambe*, nous dit-elle, et *criait dès qu'on le touchait*. L'endroit le plus douloureux était le genou ; aussi l'enfant tenait-il constamment la jambe fléchie. L'articulation, paraît-il, ne présenta au début aucune tuméfaction ; le gonflement ne survint que quelques jours après. A huit jours d'intervalle, le genou droit se prit à son tour et présenta les mêmes symptômes : douleur vive, fluxion, puis gonflement, mais un peu moins accentué que sur le genou gauche.

Successivement et peu à peu, les chevilles, puis les coudes, puis les poignets se prennent également. En même temps le petit malade fut atteint de torticolis avec raideur de la nuque et de presque toute la colonne vertébrale ; l'enfant ne pouvait mouvoir la tête et la plus légère pression au niveau des articulations vertébrales suffisait à réveiller la douleur et à lui faire pousser des cris. L'enfant se plaignait continuellement.

La température n'ayant pas été prise durant ce premier accès, la mère ne peut préciser si son enfant avait de la fièvre ; elle nous déclare qu'il paraissait en exister, surtout le soir et la nuit. Ni au début, ni pendant toute la durée de cette longue crise, le petit malade n'a présenté aucun signe de convulsion. A noter cependant des transpirations nocturnes assez abondantes pendant 3 ou 4 mois.

Malgré cet état si peu satisfaisant, l'enfant, dit la mère, avait conservé un assez bon appétit ; aussi, continua-t-il à manger de la soupe, *de la viande même* et *buvait du vin, un demi verre environ, trois fois par jour.*

A l'occasion de son évolution dentaire, l'enfant eut une diarrhée fort abondante, surtout marquée au moment de l'issue des canines.

Un médecin consulté dès les premiers jours de la maladie porte le diagnostic du rachitisme.

Le 29 octobre 1902, un mois environ après le début de la maladie, l'enfant est présenté à M. le Pr Baumel qui pose le diagnostic de rhumatisme encore à l'état aigu avec déformations articulaires. M. le Pr Baumel prescrit 0 gr. 50 de salicylate de soude à prendre par prises dans la journée ; à continuer pendant quelques jours.

M. le Pr Baumel revoit le petit malade en février 1903, puis en mai, enfin en juillet ; l'impotence fonctionnelle étant alors très prononcée, M. le Pr Baumel conseille de faire entrer le petit malade à l'Hôpital Suburbain.

Antécédents personnels. — Rien d'anormal jusqu'au début de la maladie actuelle. Pas de rougeole, pas de scarlatine. Développement normal et régulier. Appétit satisfaisant. L'enfant commence à marcher, mange de la soupe, de la viande même et *boit du vin.*

Ajoutons que notre petit malade habite un logement très humide que ses parents occupent depuis huit ans. De plus, sa mère, blanchisseuse de son état, le prend tous les jours avec elle à la rivière où elle le dépose sur le sable pendant qu'elle lave. A la maison même l'enfant reste souvent exposé à des courants d'air.

Mauvaise hygiène alimentaire, exposition prolongée au froid et à l'humidité de notre petit malade, voilà ce qui ressort nettement du récit de la mère.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant sauf une affection bronchitique dont il nous a été impossible de préciser la nature.

Mère bien portante également. A l'âge de 15 ans adénite cervicale suppurée. Quelques douleurs dans la jambe gauche, il y a un an ; puis douleur dans l'articulation métacarpo-phalangienne du médius droit, qui a persisté durant 7 mois environ. Des quatre enfants qu'elle a eu, l'aînée, une fillette, actuellement âgée de 7 ans, est en bonne santé ; la seconde et la troisième sont mortes, l'une à 22 mois d'une méningite, l'autre à 6 mois d'une broncho-pneumonie. Le quatrième est notre petit malade.

Etat actuel. — A son entrée à l'hôpital, 6 juillet 1903, le petit Fr. est pâle et fatigué. L'appétit est cependant bien conservé. Ni diarrhée, ni constipation. L'enfant présente de l'incontinence d'urine ; cette incontinence, surtout nocturne, persista quelques jours.

Le petit malade ne tousse pas. Rien à noter du côté de l'appareil respiratoire. Cœur normal. Thorax bien constitué. Le ventre est légèrement météorisé ; ce météorisme disparut le lendemain à la suite d'un léger purgatif (huile de ricin, 10 gr.).

Pas trace de rachitisme, ni au thorax, ni aux membres inférieurs.

L'enfant pousse presque continuellement des cris plaintifs, qui redoublent dès qu'on l'approche. Il se tient immobile dans son petit lit. Une légère sueur mouille constamment le front et la poitrine.

La température n'est pas exagérée, 37°5 le soir de son arri-arrivée. L'enfant passe une assez bonne nuit ; le lendemain matin le thermomètre donne 37°1.

L'analyse des urines, faite deux jours après, révèle un excès d'urates et des phosphates ; mais pas d'albumine, ni de sucre.

A l'inspection nous trouvons le petit malade couché sur le côté droit, presque en chien de fusil. Les jambes sont fortement fléchies sur les cuisses qui, elles mêmes, sont rapprochées de l'abdomen. Peu ou point douloureuses au repos, les articulations des genoux sont, au contraire, très douloureuses dès qu'on exerce une légère pression ou qu'on cherche à ramener les jambes dans l'extension. Ce n'est qu'au prix de réelles souffrances qu'on impose au petit malade, que l'on parvient avec peine à les redresser quelque peu, tant la raideur articulaire est considérable. On sent de la résistance du côté des tendons et de légers craquements articulaires. Le gonflement est manifeste aux deux genoux qui sont globuleux avec disparition presque complète des saillies de l'articulation. Cette tuméfaction dure et résistante est surtout prononcée au genou gauche qui paraît plus gros que le droit. On note la pâleur des téguments à ce niveau ; la peau est cependant chaude à la main, lisse ; elle n'est pas sèche, mais moite. On constate

une légère atrophie des masses musculaires des deux cuisses et de la jambe gauche en particulier.

Les articulations tibio-tarsiennes et coxo-fémorales ne présentent aucun phénomène douloureux et entrent assez facilement en jeu.

Aux membres supérieurs, les coudes sont également douloureux mais non tuméfiés ; les avant-bras sont fléchis presque en angle droit sur les bras ; l'enfant a de la peine à les allonger tout seul.

Les mouvements d'extension sont limités; il existe de la raideur. Dès qu'on essaie d'accentuer les mouvements d'extension ou de flexion, on provoque une vive douleur qui fait pleurer l'enfant et l'on éprouve une résistance musculaire assez forte. Cependant, en procédant avec beaucoup de douceur, on parvient à allonger complètement les membres que l'enfant ramène aussitôt en flexion.

Les poignets et les mains paraissent entièrement indemnes; l'enfant, en effet, remue bien ses doigts et semble n'éprouver aucune douleur quand on les met en extension complète.

La raideur du cou et de la colonne vertébrale persiste encore, mais la douleur à la pression n'est plus aussi intense qu'au début.

Sur le front, au cou et sur les épaules, on remarque une éruption de miliaire apparue depuis une huitaine de jours.

M. le professeur Baumel confirme son diagnostic d'arthropathies et déformations articulaires consécutives à du rhumatisme aigu.

Traitement. — Le 7 juillet on administre un léger purgatif : huile de ricin, 10 gr.

Localement, sur les articulations malades, légères frictions d'huile de camomille camphrée et enveloppement ouaté pour atténuer la douleur et diminuer le gonflement.

M. le professeur Baumel prescrit en outre : régime lacté, une petite tasse de lait toutes les deux heures ; sirop de raifort iodé, 15 gr. à prendre en trois fois dans la journée ; salicylate de soude en potion :

Salicylate de soude . . .	1 gr.
Sirop d'écorce d'or. am.	ãã 60 gr.
Eau	

A prendre une cuillerée à bouche dans l'intervalle de chaque prise de lait.

Même traitement les jours suivants.

A partir du 10 juillet, la douleur s'étant un peu calmée, on soumet l'enfant à des séances de mobilisation très modérée des articulations malades. Ces séances, de très courte durée d'ailleurs, cinq minutes à peine, sont répétées deux fois par jour, le matin et le soir.

Au bout de quelques jours nous constatons une notable amélioration. La douleur semble s'être considérablement atténuée dans les articulations atteintes ; les mouvements qu'on leur imprime se font encore avec difficulté, il est vrai, mais sans trop de douleur cependant. Cette dernière a même disparu complètement à la nuque et à la colonne vertébrale, ainsi que la raideur qui en était la conséquence ; l'enfant se retourne sans peine dans son lit.

La température prise régulièrement matin et soir ne dénote aucun mouvement fébrile ; l'enfant repose bien la nuit. L'appétit augmente.

Le 20 juillet l'amplitude des mouvements n'est pas encore bien grande ; du gonflement épiphysaire marqué persiste aux deux genoux. A la mobilisation on ajoute alors du massage périarticulaire avec redressement lent et progressif des membres malades.

25 Juillet : Le gonflement articulaire des genoux a diminué.

La rétraction musculaire et la résistance tendineuse sont beaucoup moins prononcées. Les mouvements, surtout passifs, s'exécutent assez facilement et sans douleur ; légères crépitations intra-articulaires à l'occasion des mouvements provoqués surtout aux genoux, bien moins aux coudes.

Le petit malade, de triste et taciturne qu'il était au moment de son entrée dans le service, semble s'égayer un peu, remue et s'amuse dans son lit. — Appétit satisfaisant. — L'enfant continue à bien reposer la nuit. — Toujours pas de fièvre. — Aucun souffle au cœur. — La diarrhée, qui avait reparu durant quelques jours a complètement disparu, ainsi que l'incontinence d'urine dont le petit malade semblait être affecté au début. Mais cette incontinence, qui n'en était pas une, doit être simplement attribuée à ce que l'enfant, ne demandant pas à satisfaire ses besoins, finissait par s'oublier et faisait sous lui.

28 Juillet : On supprime le sirop de Raifort iodé et on le remplace par du lacto-phosphate de chaux à 5/100 ; à prendre 3 cuillerées à café par jour.

30 Juillet : Un peu de constipation ; on prescrit : suppositoire à la glycérine solidifiée pour enfant N° 1.

L'enfant va de mieux en mieux. On continue le massage avec mobilisation et redressement ; on prolonge la durée des séances, dix minutes au lieu de cinq. Le petit malade commence à tenir ses jambes allongées dans le lit. Les coudes ont repris leur liberté de mouvement. Rien d'anormal du côté du cœur.

M. le professeur Baumel recommande le port d'un appareil orthopédique, contentif, pour l'extension complète des membres inférieurs. Cet appareil comprend : 1° une ceinture en acier souple doublée de cuir ; 2° deux tiges métalliques latérales, à crémaillères, articulées à la cuisse, au genou et à la cheville ; ces tiges se fixent sur la ceinture en haut et sur le

soulier en bas ; 3° des embrasses en cuir qui, fixées solidement à ces tiges, entourent la cuisse et la jambe ; 4° une sangle également en cuir, large de 4 à 5 centimètres, vient appuyer sur le devant du genou et, par une pression continue, force la jambe à se redresser petit à petit ; cette sangle est maintenue en position par quatre courroies qui viennent se fixer obliquement sur les tiges latérales, deux au dessus du genou, deux au dessous ; deux petites rondelles métalliques externes terminent les tiges au niveau de l'articulation du genou, et munies de trous de distance en distance sont mobiles l'une sur l'autre. On les immobilise au moyen d'une clef que l'on déplace en gagnant un trou de plus, au fur et à mesure que l'extension du membre peut augmenter.

Nous quittons notre petit malade le 31 juillet pour ne plus le revoir qu'au mois de novembre.

Depuis sa sortie de l'hôpital, 25 août 1903, l'enfant marche muni de son appareil ; la jambe droite est complètement allongée ; la jambe gauche est encore légèrement fléchie et présente toujours un peu de raideur. Le genou droit a repris son aspect normal ; le gauche est toujours un peu gros. L'atrophie des muscles des deux cuisses et de la jambe gauche a presque totalement disparu.

L'examen du cœur ne révèle rien de particulier.

L'enfant est revu une dernière fois le 17 mars 1904. L'état général est bon ; la jambe droite est complètement redressée ; la gauche est toujours en légère flexion, mais n'empêche nullement l'enfant de marcher. Toutefois ce dernier devra, pendant quelque temps encore, continuer à se servir de son appareil pour la jambe gauche, que l'on peut mettre en extension complète avec les mains.

———

CONCLUSIONS

Nous résumons sous forme de conclusions quelques uns des points principaux de ce travail.

1° Le rhumatisme articulaire aigu suivi de déformations, quoique exceptionnel, est possible dans la première enfance ;

2° La maladie n'a pas été signalée à notre connaissance avant l'âge de *deux ans* ;

3° La symptomatologie est la même que chez l'adulte, mais en général beaucoup plus atténuée ;

4° La durée de la maladie est ordinairement plus courte chez l'enfant que chez l'adulte ;

5° C'est dans l'hérédité et surtout dans les conditions hygiéniques qu'il faut chercher les causes du rhumatisme chez l'enfant ;

6° Le diagnostic précoce sera souvent difficile en raison du peu d'intensité des symptômes ;

7° Le pronostic est beaucoup plus favorable chez l'enfant que chez l'adulte, car, à l'aide d'une bonne hygiène, d'un traitement tonique et de moyens thérapeutiques appropriés, on arrive facilement à améliorer les petits malades et même à les guérir ;

8° Le traitement de choix sera à la période aiguë le salicylate de soude ; à la période des déformations il comprendra l'électrothérapie, mais surtout le massage avec mobilisation précoce et redressement lent et progressif des articulations malades.

BIBLIOGRAPHIE

Abelmann (M. L.). — Cases of rheumatism in the earlier infantile age. Vrach. Saint-Pétersb., 1892.

Abrahams (K.) — Rhumatismus neonatorum. Med. Rev., 1896.

Amelin. — Maladie de Landré Beauvais chez l'enfant. Thèse de Paris, 1896.

Baginsky. — Traité des Maladies des Enfants, trad. par L. Guinon, Paris, 1892.

Barbour (P.-F.). — Rheumatism in children. Pediatries, London, 1898.

Besnier (E.). — Dict. encyclop. des Sciences Méd., art. Rhumatisme. Paris, 1876.

Blache. — Compte rendu de la Société de Thérapeutique. Gaz. hebd. de Méd. et de Chir. Paris, 1877.

Bouchut. — Traité pratique des Maladies des nouveaux-nés, des enfants à la mamelle et de la seconde enfance. 1885.

Brissaud. — Rev. de Méd., avril 1885.

Cadet de Gassicourt. — Traité clinique des Maladies de l'enfance ; leçons professées à l'hôpital Sainte-Eugénie. Paris, 1882.

Céry (G.). — Étude clinique sur le rhumatisme noueux chez les enfants. Nancy, 1892.

Cotton (A.-C.). — Rheumatism in children. Med. Standard Chicago, 1898.

Dally. — Compte rendu de la Société de Thérapeutique. Gaz. hebd. de Méd. et de Chir. Paris, 1877.

Dass (A.-P.). — Acute articular rheumatism in a child five months old. Med. Reporter. Calcutta, 1894.

Delcourt (A). — Rhumatisme articulaire noueux chez les enfants. Revue mens. des Maladies de l'enfance. Paris, 1898.

Descroizilles. — Traité élém. de Path. et de Clin. infantiles. 1891.

Diamantberger (M.-S.). — Du rhumatisme noueux (polyarthrite déformante) chez les enfants. Paris, 1891,

Diamantberger (L.). — Un cas de rhumatisme infantile. Paris, 1891.

Dupont. — Considérations sur le rhumatisme articulaire aigu de la première enfance. Gaz. des Hôp., n° 80. Paris, 1895.

Durand-Fardel. — Union médicale, n° 118. Paris, 1881.

Gillet. — Gaz. des Hôp., fév. 1902, p. 220.

Goudareau. — Thèse de Montpellier, 1902.

Hanot (V). — Sur les formes anormales du rhumatisme articulaire aigu. Presse Méd., Paris, 1896.

Haushalter. — Un cas de polyarthrite chronique progressive infantile. Revue Méd. de l'Est, n° 19, 1893.

Hénoch. — Leçons cliniques sur les Maladies des Enfants. Édit. franç., 1885.

Homolle (G.). — Dict. de Méd. et de Chir. pratiques, art. Rhumatisme, t. XXXI, Paris, 1882.

Joukowski. — Rhumatisme articulaire aigu chez les enfants nouveaux-nés. Rev. mens. des Maladies de l'enfance, 1895.

Kisel. — On certain peculiarities of articular rheumatism of infants. Saint-Pétersb., 1892.

Koplick. — Acute articular rheumatism in the nursing inf. New-York Méd. Journ., 23 juin 1888 (Analyse in Rev. mens. des Maladies de l'enfance, 1888).

Lagaze-Dori. — Etude clinique sur le rhumatisme noueux chez les enfants. Thèse de Paris, 1882.

Le Gendre (P.). — Bull. et Mém. de la Société Méd. des Hôp. de Paris, p. 531.

Lancereaux. — Leçons de clinique Méd. faites à l'hôpital de la Pitié et à l'Hôtel-Dieu. Paris, 1892.

Lemanski. — Bull. Méd. 1893, p. 864.

Mackey. — Rev. Mens. des Maladies de l'enfance, 1895.

Marfan. — Du rhumatisme articulaire aigu chez les enfants. Journal des praticiens, n° 15, 1895.

Mathieu. — Contributions à l'étude du rhumatisme chronique chez les jeunes sujets. Thèse de Paris, 1884.

MEYNET. — Lyon Méd. du 5 déc. 1875.

MONCORVO. — Du rhumatisme chronique des enfants et de son traitement, 1878. Trad. du Portugais par le prof. E. Mauriac, de Bordeaux. Paris. 1880.

MONEY. — Rhumatisme chez l'enfant, in the Lancet, 1886.

OLINTO. — Contribution à l'étude de la polyarthrite déformante chez l'enfant. Rev. mens. des Maladies de l'enfance, 1893.

OLLIVIER (A.). — Leçons cliniques sur les maladies des enfants, 1889.

PÉLISSIÉ (H.). — Le rhumatisme chronique progressif chez l'enfant. Thèse de Paris, 1899.

PERRET. — Du rhumatisme articulaire aigu infantile. Province Méd., Lyon, 1892.

PICOT (C.). — Du rhumatisme articulaire aigu chez les enfants. Thèse de Paris, 1872.

POCOCK. — A case of acute rheumatism occuring in a new born infant. The Lancet, 11 nov. 1882.

PONCET. — Du rhumatisme tuberculeux. Rev. de Méd., nov. 1903.

RILLIET et BARTHEZ. — Édit. Sanné, 1891, t. III, p. 811.

SIMON (J.). — Du rhumatisme chez les enfants et de son traitement. Bull. Méd., Paris, 1893.

SAINT-GERMAIN (L. DE). — Etude clinique et expérimentale sur la pathogénie du rhumatisme articulaire aigu. — Thèse de Paris, 1893.

SCHÆFFER. — Ein Fall von acuten Gelenkrheumatismus bei einer Mutter und deren Neugeborenem Kinde. Bull. Klin. Woch, n° 5, 1886.

STOÏCESCO. — Du rhumatisme noueux chez les enfants, in Progrès Méd., Paris 1876.

VARIOT (G.). — Rhumatisme articulaire chronique ankylosant et déformant ayant débuté dans l'enfance et continué son évolution pendant l'adolescence. Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 1892.

WOOD (A.-J.). — A case of rheumatic fever in a child and its sequel. Melbourne, 1897.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 18 mars 1904,
Le Doyen,
MAIRET.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 18 mars 1904.
Le Recteur,
ANT. BENOIST.

Accepté :
Le Président de la Thèse,
BAUMEL.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Avant-propos	10
Historique	13
Étiologie	16
Anatomie pathologique	21
Symptomatologie	25
Diagnostic	31
Pronostic	37
Traitement	38
Observation I (résumée)	42
Observation II (résumée)	43
Observation III (personnelle)	44
Conclusions	52
Bibliographie	53

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !